

GE_GERICHTE A/3256/2014 vom 18. Juni 2015

GE Cour de justice, 2015-06-18, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3256_2014

FR: GE_GERICHTE A/3256/2014 du 18 juin 2015

IT: GE_GERICHTE A/3256/2014 del 18 giugno 2015

Erwägungen

E. 3

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à BERNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GUYAZ Alexandre recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1954, travaillait en tant qu'éducatrice spécialisée auprès de la Fondation B_____, lorsqu'elle a été victime d'une chute, en février 2012. [endif]>[if> Dès fin avril 2012, l'assurée s'est plainte d'importants vertiges et a été mise en arrêt de travail à 100% par son médecin traitant à compter du 2 mai 2012. 2. En octobre 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI).[endif]>[if> 3. En juin 2013, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine d'urgence et médecin traitant de l'intéressée, a quant à lui continué d'attester d'une totale incapacité de travail, qu'il a motivée par un trouble de l'équilibre, une fatigabilité, un manque de concentration et des douleurs.[endif]>[if> 4. En septembre 2013, ce même médecin a fait état d'un épuisement psychologique et d'un suivi psychiatrique.[endif]>[if> 5. Le docteur D_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), dans un rapport du 9 octobre 2012, a indiqué à l'OAI qu'il n'avait vu l'assurée qu'à une seule occasion, le 1 er juin 2012. Elle se plaignait alors d'instabilité, peu spécifique, d'un état d'ébriété à la marche, sans autre symptomatologie neurologique accompagnante. Les symptômes étaient survenus suite à une chute. Ils avaient engendré des épisodes vertigineux rotatoires, résolus le 1 er juin 2012. Le médecin a expliqué avoir conclu, sur la base de l'anamnèse, à un probable vertige positionnel paroxystique bénin (cupulolithiase), résolu au jour de la consultation. L'examen vestibulaire clinique ainsi que la vidéonystagmographie ne montraient pas d'anomalies de la fonction vestibulaire périphérique et le médecin n'avait pas revu la patiente depuis lors, raison pour laquelle il disait ne pas comprendre la nature de la demande déposée auprès de l'OAI (cf. également son rapport du 1 er juin 2012 au médecin traitant, faisant notamment mention d'une imagerie par résonance magnétique cérébrale et d'un doppler carotido-vertébral normaux). [endif]>[if> 6. Le docteur E_____, spécialiste FMH ORL et consultant en otoneurologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a indiqué dans un rapport du 8 octobre 2012 avoir procédé à un bilan otoneurologique entre le 28 août et le 2 octobre 2012.[endif]>[if> Le médecin a fait état d'un examen ORL normal, d'un examen vestibulaire clinique et ENG proche de la normale et a conclu à une altération de la fonction vestibulaire à droite, sans vertiges paroxystiques de position bénins ou autres atteintes otolithiques. Il a précisé que, selon son expérience, le fait que l'assurée ne semblait pas avoir souffert de choc au niveau de la tête lors de sa chute et du délai de trois mois écoulé depuis celle-ci, on ne pouvait considérer que la chute survenue en février soit responsable des vertiges apparus en avril. Il a ajouté que la physiothérapie pouvait aider à la

rééducation vestibulaire, étant précisé qu'une atteinte vestibulaire périphérique pouvait facilement durer plusieurs mois (6 à 9), avec une diminution lentement progressive. 7. Dans un rapport du 5 novembre 2012, le Dr C _____ a conclu à un syndrome vertigineux post traumatisme crânien présent depuis fin avril 2012 et à un épuisement professionnel, apparu en juin 2012. 8. Le 4 janvier 2013, le docteur F _____, spécialiste ORL à Berne, a indiqué avoir reçu l'assurée pour un contrôle en date du 29 novembre 2012 et avoir constaté un état inchangé (vestibulopathie périphérique à gauche), étant précisé qu'elle suivait des séances de physiothérapie qui avaient permis des progrès. 9. Mandatée en qualité d'expert par l'assureur perte de gain, le professeur G _____, spécialiste FMH en ORL et médecin responsable en otoneurologie au Inselspital, a rendu son rapport en date du 20 février 2013, suite à un examen réalisé le 9 janvier 2013. L'expert a constaté une fonction cochléovestibulaire normale, huit mois après le premier épisode aigu de vertiges et a dès lors exclu l'existence de limitations dans l'exercice de l'activité professionnelle habituelle sur le plan otoneurologique. L'expert a considéré que la symptomatologie décrite par l'assurée (sensations d'ébriété avec paresthésie et attraction vers la gauche ou vers la droite en marchant) n'était pas en relation avec une pathologie de l'oreille interne et qu'il n'était pas possible d'attribuer la possible dysfonction otolithique présentée fin avril à l'accident survenu trois mois auparavant, dans le contexte d'une chute sans traumatisme crânien. L'expert a ajouté qu'en présence d'un bilan ORL normal cette symptomatologie d'ébriété et de paresthésie évoquait une origine centrale, raison pour laquelle un examen neurologique associant une IRM cérébrale et cervicale a été préconisé. 10. Dans un rapport du 29 mars 2013, le docteur H _____, spécialiste FMH en diagnostics et interventions de neuroradiologie, a émis l'hypothèse que les deux traumatismes subis par l'assurée avaient vraisemblablement eu pour conséquence une micro-hémorragie au niveau du temporal gauche. 11. Dans un rapport du 12 juin 2013, le docteur I _____, spécialiste FMH en médecine générale, a conclu à un status après whiplash et à des troubles vestibulaires, tout en précisant qu'il n'avait pas revu la patiente depuis sept mois. 12. Le Dr C _____, en date du 17 juin 2013, a fait état d'une amélioration « modérée et lente », grâce aux traitements (antalgie, rééducation vestibulaire et suivi psychiatrique). Il a néanmoins continué à conclure à une totale incapacité de travail, ce qu'il a confirmé le 9 juillet 2013. 13. Dans un rapport du 23 septembre 2013, le Dr C _____ a une nouvelle fois mentionné un syndrome post-TCC et un épuisement psychologique, tout en confirmant une évolution favorable. 14. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au Service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), plus particulièrement à la doctoresse J _____, dont on ignore la spécialisation, qui a préconisé de poser un certain nombre de questions complémentaires au Dr C _____, ce qui a été fait le 27 février 2014. Le médecin traitant a brièvement et très partiellement répondu le 11 mars 2014, indiquant qu'il n'y avait aucune limitation fonctionnelle, que la capacité de travail de l'assurée dans son ancienne activité était de 100% (sans préciser comment cette capacité avait évolué depuis mai 2012), que l'atteinte à la santé avait justifié les incapacités de travail depuis le 3 mai 2012 et qu'une reprise avait été possible à 100% à compter du 1^{er} mars 2014. Le médecin n'a en particulier pas répondu à la question de savoir s'il existait une pathologie psychiatrique associée. 15. En résumé, le médecin traitant a attesté d'une incapacité de travail de 100% jusqu'au 31 octobre 2013, de 50% jusqu'au 31 décembre 2013, puis de 25% jusqu'au 28 février 2014, avec une reprise à plein temps du travail le 1^{er} mars 2014. 16. Le 22 juillet 2014, la Dresse J _____ en a déduit que

l'assurée avait souffert de vertiges paroxystiques bénins, secondaires à une chute sans traumatisme crânien avec whiplash et qu'il convenait de s'aligner sur les conclusions de l'expertise pratiquée en janvier 2013 (c'est-à-dire absence d'atteinte cochléovestibulaire et capacité de travail entière).! [endif]>! [if> 17. Par décision du 25 septembre 2014, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation.! [endif]>! [if> Si l'OAI a admis une totale incapacité de travail depuis le 3 mai 2012, il a en revanche considéré que l'assurée avait recouvré une pleine capacité dans son activité habituelle le 9 janvier 2013, date à laquelle elle avait été examinée par l'expert de l'assureur perte de gain, soit moins d'une année plus tard. 18. Par écriture du 27 octobre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au renvoi du dossier à l'intimé pour nouvelle décision. ! [endif]>! [if> En substance, elle soutient qu'une totale incapacité de travail doit lui être reconnue du 3 mai 2012 au 28 février 2014. Elle reproche à l'intimé d'avoir rendu sa décision sans investiguer suffisamment la question de l'existence éventuelle d'une pathologie psychique associée. Quant à ses troubles de l'équilibre, elle allègue que si elle est suivie depuis 2012 par un physiothérapeute spécialiste, Monsieur K_____, dont le suivi lui a permis de réduire lentement mais sûrement ses troubles, ce n'est qu'au début de l'année 2014 qu'ils ont disparu au point de lui permettre de recouvrer une pleine capacité de travail. La recourante ajoute être régulièrement suivie sur le plan psychologique par Madame L_____, psychothérapeute FSP, qui peut attester que d'importants troubles psychiatriques ont empêché toute activité professionnelle au long de l'année 2013. A l'appui de son recours, l'assurée a notamment produit : - des tableaux résumant les tests d'équilibre pratiqués par Monsieur K_____, physiothérapeute, de janvier 2013 à janvier 2014 ; ! [endif]>! [if> - une attestation rédigée le 29 octobre 2014 par Madame L_____, psychologue FSP, la suivant depuis avril 2012, concluant à un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, faisant mention d'un ralentissement confinant à une quasi-stupeur, ayant duré plus d'un an, s'améliorant progressivement jusqu'à ne plus être que de gravité moyenne fin 2013, date à laquelle l'assurée a été autorisée à reprendre une activité professionnelle à 50%, pour ne plus finalement pouvoir être qualifié que de léger, en mars 2014 ; cette attestation était contresignée par le docteur M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin « délégrant ». ! [endif]>! [if> 19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 25 novembre 2014, a conclu au rejet du recours.! [endif]>! [if> L'intimé se réfère à l'expertise du Prof. G_____, dont il considère qu'elle peut se voir reconnaître pleine valeur probante. Il souligne que le tableau clinique est dominé par une problématique de nature essentiellement physique et considère qu'aucun élément médical objectif ne permet de conclure à l'existence de troubles psychiques de nature à influencer la capacité de travail de la recourante. Pour le surplus, l'intimé se réfère à l'avis de son SMR. 20. Par écriture du 13 janvier 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.! [endif]>! [if> Elle persiste à contester la force probante du rapport du Prof. G_____. Elle s'étonne de la date du 9 janvier 2013 retenue par l'intimé pour considérer qu'elle a recouvré une pleine capacité de travail. Elle fait remarquer qu'au-delà, son physiothérapeute a pourtant estimé son activité vestibulaire à 59%, alors que la norme est à 95%. Sur le plan psychique, elle fait remarquer que le SMR lui-même, en date du 24 février 2014, a considéré qu'il y aurait matière à procéder à une instruction complémentaire, raison pour laquelle il a préconisé d'interroger son médecin traitant. Elle en tire la conclusion qu'une expertise psychiatrique est indispensable. 21. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 5 février 2015 à l'occasion de laquelle a été entendue Mme L_____. ! [endif]>! [if> Le témoin a confirmé avoir retenu, au début du suivi, soit en avril 2012, le diagnostic d'épisode dépressif sévère,

expliquant l'avoir qualifié de sévère en raison du nombre de symptômes. Selon le témoin, l'épisode sévère a duré plus d'une année. A cet égard, le témoin s'est référé aux arrêts de travail délivrés : la reprise à 50% a coïncidé avec le passage à un épisode dépressif moyen et celle à 100% à un épisode dépressif léger. Le témoin a indiqué qu'au début du suivi, la perte d'intérêt de la patiente était totale et son isolement social avéré, d'autant qu'à ses problèmes professionnels, se sont ajoutés des problèmes de couple. L'intéressée se montrait alors totalement apathique. Fin 2013/début 2014, subsistaient encore les symptômes suivants : humeur abaissée, perte de l'estime de soi, perte d'énergie, fatigabilité, troubles du sommeil. La capacité de travail atteignait alors 50%. Le témoin a précisé que l'on ne devait tirer aucune conclusion, en termes de gravité, du fait qu'elle a d'abord reçu sa patiente chaque semaine, puis seulement tous les quinze jours, expliquant que si les séances sont plus rapprochées au début, c'est afin d'établir le lien thérapeutique et d'entrer en matière. L'assurée avait déjà été mise sous traitement antidépresseur (Rebalance 500 : millepertuis) par son médecin traitant et l'est toujours. 22. A été ensuite entendu Monsieur K_____, qui a expliqué les tests d'équilibre pratiqués au fil du temps par ses soins sur l'assurée. Il a souligné que le 30 janvier 2013, par exemple, la fonction vestibulaire ne s'élevait qu'à 49% (au lieu de 100%). Il a expliqué que les tests se pratiquaient au moyen d'une plateforme « multitest équilibre », soit une plateforme de « posturographie » sur laquelle prend place le patient et où sont effectués les tests d'équilibre suivants : - d'abord sur plateforme stable : yeux fermés, yeux ouverts, puis dans l'obscurité avec des jeux de lumière ; - puis la même chose, sur plateforme instable. Selon le témoin, ce sont les tests sur plateforme instable yeux fermés ou avec jeux de lumière qui permettent de tester la fonction vestibulaire ; c'est là la seule manière fonctionnelle de tester cette fonction, puisque le patient se trouve en position debout, alors que, pour les tests ORL, il se trouve en position assise (les problèmes d'équilibre surviennent plutôt lorsque l'on est debout). Il en découle que les tests pratiqués de manière classique ne suffisent pas à mettre en évidence les conséquences fonctionnelles de l'atteinte, car ils consistent en tests caloriques, examens des mouvements oculaires et vibrations appliquées à la base de l'occiput ; ils montrent si la fonction vestibulaire est en état ou non, mais ne quantifient rien ; surtout, rien ne prouve qu'en position debout, les résultats soient les mêmes. Les pourcentages sont calculés par un logiciel, sur la base de capteurs de pression situés sous la plante des pieds, qui mesurent les variations du centre de gravité. Concrètement, le 30 janvier 2013, l'assurée parvenait à s'équilibrer et à ne pas chuter, mais cela nécessitait un effort cérébral, alors que, normalement, l'équilibre est un réflexe. Cela se traduisait donc par des problèmes de concentration, de mémorisation et des difficultés dans l'exercice des tâches cognitives. Le suivi s'est terminé en janvier 2014, date à laquelle les tests ont montré un pourcentage d'utilisation du cerveau de 100%. Le témoin a ajouté qu'il lui semblait difficile de trouver une activité adaptée car même en position assise, la personne peut souffrir des stimulations visuelles de l'écran d'ordinateur qu'elle utilise, par exemple. Les changements de position sont également problématiques. 23. Invité à se déterminer, l'intimé, par écriture du 2 mars 2015, a persisté dans ses conclusions en se référant à l'avis du docteur N_____, du SMR (23 février 2015). Le médecin du SMR soutient que les mesures d'équilibre sur plateforme ne permettent en aucun cas d'apprécier la fonction vestibulaire, mais seulement la proprioception profonde. En d'autres termes, ce type de tests permet seulement d'apprécier la stabilité d'une personne, non l'intensité de ses vertiges. Quant aux explications de Mme L_____, il s'en étonne, en particulier de l'affirmation selon laquelle le degré de sévérité d'un trouble dépressif devrait être évalué en

fonction du nombre de symptômes et non de leur gravité. Le médecin ajoute que la psychologue ne fournit aucune justification clinique précise et précise même que le trouble dépressif est essentiellement réactionnel aux problèmes professionnels et de couple de l'assurée. EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).! [endif]>! [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, de même que les modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4ème révision), entrée en vigueur le 1er janvier 2004, ont entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), étant précisé que le juge n'a pas à prendre en considération les modifications du droit ou de l'état de fait postérieures à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1.2). Cela étant, les notions et les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité n'ont pas été modifiés par l'entrée en vigueur de la LPGA ou de la 4ème révision de la LAI (voir ATF 130 V 343).! [endif]>! [if> Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant la Cour de céans (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). 3. Le recours interjeté respectant les forme et délai prévus par la loi (art. 56 à 60 LPGA), il y a lieu de le déclarer recevable.! [endif]>! [if> 4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut se voir reconnaître le droit à une rente d'invalidité.! [endif]>! [if> 5. Aux termes des art. 4 LAI et 8 LPGA, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).! [endif]>! [if> Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1). 6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.! [endif]>! [if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une

incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPG. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 , consid. 4c, ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2). 8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine

connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2). En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine). Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). 9. En l'espèce, la recourante soutient qu'une incapacité de travail doit lui être reconnue du 3 mai 2012 au 28 février 2014, date à laquelle son médecin traitant a mis fin à son arrêt de travail. L'intimé, quant à lui,

considère que l'incapacité de l'assurée à exercer son activité lucrative a pris fin au plus tard le 9 janvier 2013, date à laquelle elle a été examinée par l'expert G_____, qui a conclu à l'absence de limitations sur le plan professionnel. En premier lieu, la recourante conteste la force probante du rapport du Prof. G_____, auquel elle reproche notamment d'être sommaire parce qu'il ne comporte que quatre pages. Selon la doctrine, une expertise, pour se voir reconnaître pleine valeur probante, doit être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante et apporter des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées (J. MEINE, L'expertise médicale en Suisse : satisfait-elle aux exigences de qualité actuelles ?, in Schweizerische Versicherungszeitschrift, 67/1999, p. 37ss). Dans le même sens, BUEHLER expose qu'une expertise doit être complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit (BÜHLER, Erwartungen des Richters an der Sachverständigen, in PJA 1999 p. 567ss). La longueur du rapport ne figure pas au nombre des critères retenus par la jurisprudence pour apprécier la valeur du travail de l'expert. Qui plus est, en l'occurrence, le fait que le rapport ne comporte que quelques pages s'explique aisément par le type d'examen pratiqué (ORL), lequel ne nécessite pas autant d'explications qu'un examen psychique, par exemple. Qui plus est, l'expert a constaté une fonction cochléovestibulaire normale, de sorte qu'il n'y a avait pas lieu à amples discussions. Quant au grief selon lequel l'expert n'aurait pas énuméré toutes les pièces médicales prises en compte (ce qui conduirait à douter qu'il ait procédé à l'examen du dossier médical complet de l'intéressée), il doit également être écarté. En effet, à l'époque, seuls les Drs C_____, D_____ et E_____ s'étaient exprimés. Le premier n'était pas spécialiste ORL. Quant aux deux autres, force est de constater que leurs conclusions correspondaient à celles du Prof. G_____ : le Dr D_____ a indiqué que les épisodes vertigineux étaient résolus au moment où il avait vu la patiente, le 1^{er} juin 2012, quant au Dr E_____, il constatait une altération de la fonction vestibulaire mais excluait tant les vertiges paroxystiques que les autres atteintes otolithiques. On relèvera que les examens complémentaires préconisés par le Prof. G_____ (IRM cérébrale et cervicale) ont été effectués par le Dr D_____ et se sont révélés normaux). Qui plus est, l'examen du Prof. G_____ corrobore les explications du Dr E_____, qui, en octobre 2012, précisait qu'une atteinte vestibulaire pouvait facilement durer six à neuf mois. L'atteinte étant apparue début avril 2012, elle devait ainsi s'amender fin 2012, ce qu'a pu constater le Prof. G_____ début 2013. En définitive, seul M. K_____, physiothérapeute, a considéré que l'activité vestibulaire avait entraîné une limitation fonctionnelle handicapante au-delà du 9 janvier 2013. Certes, il a expliqué que l'assurée, si elle parvenait à s'équilibrer et à ne pas chuter, rencontrait des problèmes de concentration, de mémorisation et des difficultés dans l'exercice des tâches cognitives. Ce praticien n'apporte cependant pas d'éléments objectifs suffisamment convaincants pour s'écarter de l'avis des médecins spécialistes et de l'expert et permettre de conclure à une incapacité de l'assurée à exercer son activité lucrative au-delà du 9 janvier 2013. Sur le plan somatique, il n'y a donc pas lieu de s'écarter des conclusions du Prof. G_____. 10. La recourante reproche également à l'intimé d'avoir rendu sa décision sans investiguer suffisamment la question de l'existence éventuelle d'une pathologie psychique associée. Elle soutient que, dès lors que son médecin traitant n'a pas répondu aux questions qui lui ont été posées, l'intimé aurait dû interroger son psychothérapeute. Celui-ci a eu l'occasion de prendre position dans le cadre de la procédure ouverte par la Cour de céans. Ainsi, Mme L_____, psychothérapeute FSP, a-t-elle non seulement pris position par

écrit mais par oral. Elle a attesté avoir retenu, au début du suivi, soit en avril 2012, le diagnostic d'épisode dépressif sévère, expliquant l'avoir qualifié de sévère en raison du nombre de symptômes ; la reprise à 50% avait coïncidé avec le passage à un épisode dépressif moyen et celle à 100%, à un épisode dépressif léger. Ses observations sont sommairement corroborées par le médecin traitant, qui a délivré les arrêts de travail correspondants et fait état d'un « épuisement professionnel », sans apporter plus de précisions. On peut certes regretter que l'intimé n'ait pas investigué plus avant cette question d'un éventuel trouble psychique, dont il n'est pas contesté qu'il est désormais en totale rémission, ce qui rend toute expertise inutile. Il n'en demeure pas moins que c'est à juste titre que l'intimé considère que l'existence d'un trouble suffisamment grave pour entraîner une totale incapacité à exercer la profession d'éducatrice n'a pas été rendue vraisemblable au degré requis par la jurisprudence. En premier lieu, on rappellera que, pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé psychique, il ne suffit pas de constater que l'assuré n'exerce pas une activité lucrative suffisante; il convient bien davantage de savoir s'il y a lieu d'admettre qu'on ne saurait exiger de lui, pour des raisons sociales et pratiques, qu'il mette à profit sa capacité de travail ou qu'une telle exigence serait insupportable pour la société (ATF 102 V 165 ; arrêt I 138/98 du 31 janvier 2000 consid. 2b, in VSI 2001 p. 223; voir également ATF 127 V 294 consid. 4c in fine p. 298). En second lieu, lorsqu'il apparaît que l'existence de l'atteinte à la santé doit être attribuée à des problèmes d'ordre familial, professionnel et socio-culturel - comme c'est le cas en l'occurrence, aux dires de la psychologue elle-même - elle ne relève en principe pas de l'assurance-invalidité, à moins que ne soit mis en évidence un substrat médical pertinent entravant la capacité de travail et de gain de manière importante. Le Tribunal fédéral a ainsi estimé que lorsque le tableau clinique comporte des éléments convaincants autres que les facteurs socio-culturels, comme un trouble dépressif et de probables symptômes de conversion, par exemple, et qu'il ressort en termes clairs de l'expertise que la diminution de la capacité de travail s'explique par le seul diagnostic médical, il se justifie de retenir l'incapacité de travail en suivant l'avis de l'expert psychiatre quelles que soient en définitive les causes de l'atteinte à la santé psychique, dès lors que celle-ci entraîne une incapacité de travail indépendamment de son origine (ATF I 382/03 du 21 janvier 2004 consid. 5). En l'occurrence, le diagnostic de trouble dépressif sévère a certes été formellement posé, mais par la seule psychologue (dont l'attestation, il est vrai, a été contresignée par un psychiatre). Le médecin traitant n'a quant à lui jamais évoqué ce diagnostic, se contentant de mentionner un « épuisement professionnel » et une fatigabilité psychologique, ce qui ne saurait être considéré comme une atteinte psychiatrique majeure justifiant une totale incapacité de travail. La vraisemblance de l'existence d'une atteinte d'une telle gravité est par ailleurs mise à mal par le fait que la recourante n'a pas été régulièrement suivie par un psychiatre, d'une part, que seul un traitement au millepertuis lui a été prescrit, d'autre part. Des considérations qui précèdent, il ressort que c'est à juste titre que l'intimé a nié l'existence, au-delà du 9 janvier 2013, de troubles invalidants. Le recours est donc rejeté. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :
Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.